

Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville.

CASANELLI JM, BLEGOLE C, MOUSSA B, N'DRI J, ABOUA G, YAMOSSOU F, SIDIBE A, KELI E, N'GUESSAN HA.

Adresse : Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne (Pr. N'Guessan HA) BP V3 CHU de Treichville Abidjan. République de Côte d'Ivoire.

Tirés à part : à adresser au Dr CASANELLI JM Maître Assistant. 04 BP 644 Abidjan 04. République de Côte d'Ivoire. Tel : (225) 21 26 24 55 Fax : (225) 21 25 28 52

Résumé :

Buts : Présenter une épidémiologie descriptive, préciser les aspects anatomocliniques et thérapeutiques du cancer du rectum en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients porteurs d'un cancer du rectum confirmé histologiquement sur une période de 28 ans au CHU de Treichville. 16 patients ont été inclus.

Résultats : Il s'agissait de 8 hommes et 8 femmes soit un sex-ratio égal à 1. L'âge moyen était de 42,31 ans +/- 14,60.

Un polype rectal a été retrouvé chez 1 patient.

Sept patients présentaient des rectorragies.

La lésion siégeait au niveau du bas et du moyen rectum dans 75% des cas.

Le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome (94%).

Huit patients ont eu une amputation abdomino-périnéale soit 50% des cas.

La survie globale à 5 ans était de 12,5%.

Conclusion Le cancer du rectum est une affection rare au diagnostic tardif et de pronostic relativement sombre en Côte d'Ivoire.

Mots clés : Cancer du rectum – rectorragies – Côte d'Ivoire.

1. INTRODUCTION : Le cancer du rectum constitue un véritable problème de santé publique dans les pays occidentaux comme la France où son incidence est estimée à 25000 nouveaux cas chaque année (1).

L'Afrique noire représente une zone à faible risque de cancer du rectum à cause de la pauvreté de l'alimentation en graisses animales (2).

Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du rectum en Côte d'Ivoire (à propos de 16 cas colligés) dans le service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne du CHU de Treichville.

2. PATIENTS ET METHODES : Les dossiers des patients porteurs d'un cancer du rectum confirmé histologiquement entre 1976 et 2004 ont été revus rétrospectivement.

16 dossiers ont été retenus.

L'étude avait pris en compte 2 périodes : l'une de 1976 à 1982 où la limite de sécurité sous tumorale était reconnue comme devant être au minimum de 5 cm et donc le principe d'une amputation abdomino-périnéale bien établi et l'autre de 1983 à 2004 où la marge de sécurité sous lésionnelle est passée de 5 cm à 2 cm (3).

Dans tous les cas, ont été considérés comme tumeur rectale, les lésions tumorales situées entre 2 et 15 cm de la marge anale.

Les données épidémiologiques ont été recherchées, les circonstances de découverte, les résultats histologiques et les traitements effectués ont été précisés. Nous avons adopté la stadification anatomopathologique d'ASTLER COLLER. Les données ont été recueillies et analysées sur le Progiciel Epi info 2004 version 3.2.2.

3. RESULTATS : L'âge moyen des 16 patients inclus dans l'étude était de 42,31 ans +/- 14,60 avec des extrêmes de 21 et 66 ans. Il y avait 8 hommes et 8 femmes soit un sex-ratio égal à 1.

Un polype rectal a été retrouvé chez un patient.

La durée moyenne de l'ancienneté des troubles au moment du diagnostic était de 13,6 mois +/- 11,70 avec des extrêmes de 3 et 48 mois. La médiane était de 12 mois.

Les circonstances de découverte étaient :

- Un syndrome rectal complet dans 6 cas soit 37,50 % des cas.

- Des rectorragies dans 7 cas soit 43,75 % des cas.

- Des troubles du transit à type de constipation dans 7 cas, soit 43,75 % des cas.

- Une altération de l'état général dans 3 cas soit 18,75 % des cas.

- Une complication représentée par une occlusion intestinale de type colique dans 1 cas soit 6,25 % des cas.

- Une métastase pulmonaire dans 1 cas soit 6,25% des cas.

Le siège :

La tumeur était située au tiers inférieur (2-5 cm) dans 7 cas, au tiers moyen (5-10 cm) dans 5 cas et au tiers supérieur (10-15 cm) dans 4 cas.

Le traitement a comporté :

Un cas de résection tumorale transanale (RAA) suivie d'une radiothérapie de contact en France soit 6,25% des cas.

Cinq cas de résection antérieure du rectum (RA) soit 31% des cas.

Huit cas d'amputation abdomino-périnéale (AAP) soit 50% des cas.

Un cas de colostomie de dérivation soit 6,25% des cas

Un cas d'opération de Hartmann soit 6,25% des cas.

L'analyse histologique des pièces opératoires a révélé 15 cas d'adénocarcinome soit 93,75 % des cas et 1 cas de carcinome anaplasique soit 6,25 % des cas.

Considérant la classification d'ASTLER COLLER, on notait 1 cas au stade A, 3 cas au stade B1, 4 cas au stade B2, 2 cas au stade C2, 3 cas au stade D.

Dans 2 cas, le stade n'était pas précisé.

La mortalité opératoire était de 2 cas soit 12,5 % secondaire à des métastases cérébrales dans 1 cas et à une récurrence pelvi-périnéale massive dans l'autre.

Trois patients ont été perdus de vue après leur sortie de l'hôpital.

Tout stade confondu, 2 patients ont survécu à 5 ans soit 12,5 % avec des extrêmes de 2 mois à 27 ans. La survie extrême inférieure correspondait à un patient porteur d'un adénocarcinome Liberkuhmien invasif, infiltrant qui a bénéficié d'une colostomie sous péritonéale et qui est décédé 2 mois après l'intervention. La survie extrême supérieure correspondait à un(e) patient(e) encore en vie, sans récurrence après AAP, avec un recul de 27 ans. Il s'agissait d'une patiente ayant subi en 1978, une amputation abdomino-périnéale pour tumeur du bas rectum. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un adénocarcinome Liberkuhmien typique au stade B1.

La morbidité était représentée par 2 cas soit 12,5% des cas. Il s'agissait d'une plaie de l'urètre prostatique traitée par suture simple et d'une impuissance sexuelle définitive chez un patient après AAP.

4. COMMENTAIRES Le cancer du rectum est réputé rare en Afrique noire : sa fréquence est estimée à 1,31% de l'ensemble

des cancers au TOGO (4) et à 0,76 % des cancers en Côte d'Ivoire (5).

Dans notre pays, il se situe en 3^e position des cancers digestifs après ceux de l'estomac et du colon selon une étude effectuée par DICK en 1983 (5). L'âge moyen de notre série qui est de 42 ans est identique à celui de AYITE au TOGO (4), mais nettement inférieur à ceux de l'Association Française de Chirurgie (AFC) (6) et de MEYER (3).

Les circonstances diagnostiques observées dans notre étude sont identiques aux données de la littérature ; cependant le diagnostic est habituellement tardif en Côte d'Ivoire.

Dans notre expérience, l'ancienneté des troubles au moment du diagnostic était de 14 mois tandis que dans la série de l'AFC 60,5% des patients ont consulté à moins de 6 mois (6).

L'association d'un cancer rectal à des polypes constatée respectivement dans 12 et 30% des cas dans les séries de l'AFC (6) et de MEYER (3) n'a été retrouvée que dans 6% des cas dans notre étude malgré la pratique régulière de la coloscopie dans le bilan de tout cancer du rectum.

La chirurgie qui est la base du traitement du cancer du rectum a connu de nombreux progrès ces dernières années parmi lesquels :

1. L'exérèse totale du mesorectum préconisée par HEALD afin de diminuer le taux des récurrences locales (7).

Dans notre expérience comme dans celle des autres séries, deux types d'opération dominent l'ensemble des interventions chirurgicales à savoir l'AAP réalisée dans 50% des cas et la RA réalisée dans 31% des cas.

La conservation sphinctérienne a gagné du terrain au cours de ces dernières années passant de 27,9% entre 1976 et 1980 à 39,5% entre 1981 et 1985 dans la série de l'AFC (6) ; ce qui n'est pas le cas dans notre pratique où plus de 75% de nos patients présentaient une volumineuse tumeur localement avancée siégeant au tiers inférieur ou au tiers moyen du rectum non compatible avec une conservation sphinctérienne.

CONCLUSION

Le cancer du rectum est une affection rare au diagnostic habituellement tardif en Côte d'Ivoire. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce chez le sujet de la quarantaine par un examen général annuel avec un toucher rectal systématique et une rectosigmoïdoscopie à la moindre rectorragie.

REFERENCES

1. DOUSSET B, BENOIST S. Quoi de neuf dans le traitement chirurgical du cancer du rectum ? J chir 1999 ;136 :35-40.
ECHIMANE AK, AHNOUX A, ADOUBI I, HIEN S, M'BRA K et al. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast. First result from the cancer registry, 1995-1997. Cancer 2000 ;89 :653-662.
2. MEYER CH, ROHR S, NEAGU S, DE MANZINI N, THIRY CL, HOLLENDER LF. Le cancer du rectum : aspects cliniques et thérapeutiques. Quels changements au cours des deux dernières décennies ? Chirurgie 1994-1995 ;120 :153-162.
3. AYITE AE, DOSSEH E, SENAH K, ETEY K, NAPO-KOURA G, JAMES K. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au TOGO. J Afr. Chir digest 2001 ;1 :10-16.
4. DICK KR. Contribution à l'étude du cancer du rectum en Côte d'Ivoire. à propos de 9 observations au CHU de Treichville. Thèse med. Abidjan 1983, no 466.
5. MALAFOSSE M, FOURTANIER G. Le traitement des cancers du rectum. Monographie de l'Association Française de Chirurgie. Masson, Edition (Paris) 1987.
6. MAC FARLANE JK, RYALL RDH, HEALD RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 1993 ;341 :457-460.